FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1919 — N° —

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Pierre GOULVEN

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

Traitement de l'Hépatite amibienne

SUPPURÉE PAR

l'Emétine sans intervention chirurgicale

Président : M. CHAUFFARD, *professeur*

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
JOUVE & Cie, ÉDITEURS
15, Rue Racine (VIe)

1919

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN : M. ROGER

ASSESSEUR : G. POUCHET

PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	CH. RICHET
Physique médicale	WEISS
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	ACHARD
Pathologie médicale	TEISSIER N...
Pathologie chirurgicale	LEJARS
Anatomie pathologique	LETULLE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	N.
Anatomie topographique	AUGUSTE BROCA
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	P. CARNOT
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	N.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	N.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Bactériologie	BEZANÇON
Clinique médicale	GILBERT DEBOVE CHAUFFARD WIDAL
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	DUPRÉ
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	N.
Clinique des maladies du système nerveux	PIERRE MARIE
Clinique chirurgicale	DELBET QUENU HARTMANN N.
Clinique ophtalmologique	DR LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
Clinique d'accouchements	BAR COUVELAIRE RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique	N.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	ALBERT ROBIN
Hygiène et clinique de la 1re enfance	MARFAN

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALGLAVE	GUILLAIN	LOEPER	ROUVIERE
BERNARD	JEANNIN	MAILLARD	SCHWARTZ (A.
BRANCA	JOUSSET (A.)	MOCQUOT	SICARD
BRUMPT	LABBE (H.)	MULON	TANON
CAMUS	LAIGNEL-LAVASTINE	NICLOUX	TERRIEN
CASTAIGNE	LANGLOIS	NOBECOURT	TIFFENEAU
CHAMPY	LECENE	OKINCZYC	VILLARET
CHEVASSU	LEMIERRE	OMBREDANNE	ZIMMERN
DESMAREST	LENORMANT	RATHERY	
GOUGEROT	LEQUEUX	RIBIERRE	
GREGOIRE	LEREBOULLET	RICHAUD	
GUENIOT	LEGRY	ROUSSY	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

Traitement de l'Hépatite amibienne

SUPPURÉE PAR

l'Emétine sans intervention chirurgicale

I

INTRODUCTION

Dès avant la guerre, l'extrême diffusion de la dysenterie amibienne dans les pays tropicaux et notamment dans nos colonies, la ténacité de l'infection et sa gravité, soit par elle-même, soit par sa grande complication, l'abcès du foie, en faisaient un des principaux fléaux contre lesquels avait à lutter la médecine. L'existence d'une dysenterie amibienne autochtone, signalée déjà avant 1914 par de nombreux auteurs dans les pays tempérés d'Europe, l'extension prise par la maladie dans la métropole à la faveur de la guerre, la probabilité en France pendant les années qui suivront de nombreux foyers amibiens entretenus et multipliés par les porteurs de kystes,

imposent la nécessité de connaître à fond les ressources thérapeutiques dont nous disposons contre cette infection. Nombre de médecins qui n'avaient jamais été aux prises avec elle, auront après la guerre souvent à la traiter et devront compléter à ce sujet leurs connaissances thérapeutiques.

Parmi les médicaments employés contre l'amibiase, l'émétine vient au premier rang. Elle est vraiment un médicament spécifique donnant des résultats remarquables par leur importance, leur constance, leur rapidité habituelle, d'une efficacité assez fidèle pour que son emploi puisse même trancher un diagnostic hésitant : elle est un des rares médicaments « pierres de touche ».

Cet alcaloïde retiré en 1816 de l'ipécacuanha par Magendie et Pelletier (29) et dont Vedder (39) en 1912 avait montré expérimentalement la puissante action amibicide, fut introduit la même année en thérapeutique humaine par Léonard Rogers de Calcutta. Ce médecin vit que dans le traitement des complications hépatiques de l'amibiase, la cure d'émétine n'était pas moins remarquable que dans celui de la dysenterie. Laissant ici de côté cette dernière, résumons les faits primordiaux observés par Rogers (34) en ce qui concerne l'hépatite aiguë et l'abcès du foie.

Dans l'hépatite aiguë, l'injection hypodermique de sels solubles d'émétine (chlorhydrate ou bromhydrate) à la dose de 0 gr. 025, une ou deux fois par jour, réduit en vingt-quatre heures les douleurs, coupe la fièvre en quelques jours et prévient la suppuration.

La disparition de la leucocytose sanguine confirme la guérison. Si elle persiste après que la douleur et l'hyperthermie ont cédé, c'est qu'il existe un abcès hépatique en évolution, antérieur en date au début du traitement. Mais là encore, l'émétine est capable de donner les plus beaux résultats. Habituellement, dit Rogers, il suffit d'aspirer le pus et d'injecter dans la cavité de l'abcès o gr. o5 de chlorhydrate d'émétine dissous dans 3o centimètres cubes d'eau. On complète le traitement par des injections sous la peau à la dose de o gr. o3 deux fois par jour pendant quelques jours pour détruire toutes les amibes. En l'absence d'infection secondaire et s'il est borné au foie, l'abcès se tarit d'ordinaire sans nécessiter l'incision et le drainage. Si l'abcès est très vaste, une seconde ponction évacuatrice peut être nécessaire huit ou dix jours après la première. Dans un cas, deux litres et demi de pus, puis dix jours après, un litre et quart furent retirés et la guérison survint sous l'influence de l'émétine. Rogers conclut son importante étude en laissant entrevoir la probabilité que le plus grand nombre des abcès du foie exempts d'infection secondaire, représentant 85 o/o des cas observés aux Indes, échapperaient désormais à l'incision et au drainage grâce à l'émétine.

Cette thérapeutique si grosse d'espérance que le professeur Chauffard fit connaître en France et illustra par toute une série d'observations probantes, fut bientôt employée par nombre de médecins dans le monde entier.

Les uns, encore timides, n'appliquèrent le traitement qu'associé à l'incision chirurgicale et constatèrent que la suppuration par les drains se tarissait rapidement, que l'état général s'améliorait comme par enchantement et que la guérison en était considérablement hâtée. Sans nous arrêter davantage à ces faits, rappelons les heureux résultats obtenus par Chauffard (7,8), par Flandin et Dumas (21), par Dopter (14, 17), par Pauchet (32), par Mauclaire et Marcel Labbé (30), par Leroy des Barres (26), par Roux et Tribondeau (36), par Marquis (28).

Plus intéressants et plus démonstratifs encore, sont les succès déjà nombreux obtenus par les médecins qui ont pratiqué la cure d'émétine suivant la méthode de Rogers en laissant de côté l'intervention chirurgicale. Ce sont eux seuls que nous aurons en vue dans cette étude ; nous verrons combien ils justifient les espoirs que l'auteur anglais fondait sur ce nouveau traitement de l'hépatite amibienne suppurée.

II

DES DIVERSES MODALITÉS DE L'EMPLOI DE L'ÉMÉTINE DANS LE TRAITEMENT MÉDICAL DE L'HÉPATITE SUPPURÉE

Parmi les cas déjà nombreux d'hépatite amibienne suppurée traités par l'émétine sans intervention chirurgicale, il est nécessaire d'établir des catégories en vue de la clarté du sujet et de la netteté des déductions thérapeutiques qu'on en peut tirer.

Une première classe de faits comprend ceux où l'émétine a été employée associée à la ponction évacuatrice, méthode intermédiaire entre le traitement chirurgical et le traitement médical pur. Suivant que la ponction a été faite au début de la cure d'émétine ou postérieurement à celle-ci, on peut établir une subdivision, fort importante, comme on le verra entre les faits de cette première catégorie.

Dans un second ordre de faits se rangent les cas où le seul traitement mis en œuvre a été la cure d'émétine à l'exclusion de tout autre autre procédé thérapeutique.

Enfin dans une troisième catégorie on peut grouper les cas où la cure d'émétine a été instituée après que l'abcès du foie s'était ouvert spontanément, le plus souvent dans les bronches, parfois dans l'intestin, laissant une fistule par laquelle la suppuration hépatique trouvait une issue à l'extérieur. Ce sont des faits de transition, un peu moins démonstratifs pour notre thèse, intéressants néanmoins lorsqu'on connaît la gravité de l'intervention chirurgicale dès qu'il s'agit d'aborder ces abcès fistulisés et par contre les beaux résultats qu'apporte ici encore la méthode de Rogers.

III

LE TRAITEMENT DE L'HÉPATITE SUPPURÉE FERMÉE PAR L'ÉMÉTINE ASSOCIÉE A LA PONCTION

---

§ 1er. — L'Emétine employée sans évacuation préalable du pus par ponction.

Rogers (34) avait déjà fait usage de cette méthode au cours de ses essais thérapeutiques, mais c'est Dopter (17, 18) qui semble l'avoir employée le premier d'une façon systématique après avoir eu recours antérieurement dans plusieurs cas au procédé inverse, ponction suivie de cure d'émétine. Encouragé par les résultats que lui avait fournis l'émétine ainsi utilisée, Dopter se demanda comment se comporterait une hépatite suppurée traitée uniquement par cet alcaloïde sans évacuation préalable du pus. Cette question était fort importante à résoudre pour les deux raisons suivantes : les résultats obtenus permettaient de savoir d'abord si l'amélioration constatée était due à l'évacuation de l'abcès ou à l'émétine

elle-même, de savoir ensuite si l'émétine seule était capable d'amener la résorption complète du pus et d'éviter l'intervention, ponction ou incision chirurgicale.

On saisit donc facilement toute l'importance des cas dont nous nous occupons actuellement et qui nous a déterminé à les mettre en tête de notre étude ; ils permettent de se faire beaucoup mieux que ceux dont nous traiterons dans le second paragraphe, une idée exacte de l'efficacité de la cure émétinienne en matière d'hépatite suppurée fermée.

Le cas suivant, encore inédit et que nous devons au Dr Pierre-Louis Marie est un exemple particulièrement saisissant des résultats qu'on est en droit d'attendre du chlorhydrate d'émétine employé suivant cette technique.

OBSERVATION INÉDITE

E... Ernest, âgé de trente-huit ans, n'a fait dans sa jeunesse aucune maladie. Engagé dans l'infanterie coloniale, il fit sept ans de service dont cinq en Algérie et au Tonkin. Là, en 1900, il contracta la dysenterie amibienne. Rentré en France, il resta sujet à des poussées dysentériques, en général assez légères. Libéré du service militaire, il exerça le métier de comptable et à part ces épisodes intestinaux sa santé était au demeurant assez bonne pour qu'il fut dès le début de la guerre envoyé dans l'infanterie sur le front où il resta jusqu'au 11 février 1915. A ce moment il fut évacué pour dysenterie sur un hôpital de Toul où on trouva des

amibes dans ses selles et où on le traita d'abord par le bismuth et l'opium, puis par deux injections sous-cutanées d'ipéca de 0 gr. 02 chacune ; enfin pendant trois jours, par l'ipéca à la brésilienne suivi de l'administration de petites doses de sulfate de magnésie. Amélioré, il fut dirigé le 30 mars dans une formation sanitaire de Grasse où on reprit le traitement par le bismuth et l'opium. Il en sortit le 29 avril pour rejoindre son dépôt, d'où il repartit le 16 juin pour le front de Champagne. Atteint le 10 octobre à Tahure de contusions multiples au cours d'un éboulement, il fut soigné à à l'hôpital auxiliaire 307 de Neuilly. Il en sortit le 31 janvier 1916, en bon état, pesant 56 kilos. Revenu au dépôt de son régiment le 8 février, il fut pris deux jours après d'une crise de dysenterie et entra le 10 à l'hôpital de Falaise où il séjourna jusqu'au 7 mars suivant. Il y reçut d'abord quatre injections d'émétine (deux de 0 gr. 04, deux de 0 gr. 02) puis des cachets de tannigène. Le 12 avril il revenait avec le même diagnostic au même hôpital. Traité par le tannigène il en sortait le 19 avril. En mai et en juin il fit plusieurs séjours à l'infirmerie où on lui administra du bismuth et de l'opium. A ce moment déjà, vers le 10 juin, le foie était douloureux et avait attiré l'attention du médecin. Le 5 juillet, le conseil de réforme versait le malade dans le service auxiliaire pour « dysenterie chronique et mauvais état général ». Il était affecté peu après à un emploi de secrétaire à Rouen. Là, il retombait bientôt malade et le 6 septembre 1916, il entrait à l'infirmerie d'où il était dirigé le 8 sur l'Hôtel-Dieu, salle 7, lit 94, avec le diagnostic d'hépatite, amaigrissement, très mauvais état général.

A l'entrée, ce qui frappe c'est l'état cachectique très mar-

qué du malade : l'émaciation est extrême ; de taille moyenne, le patient ne pèse que 43 kilos 200, c'est-à-dire qu'il a perdu 13 kilos depuis le début de l'année. L'abdomen ballonné fait contraste avec le thorax et les membres décharnés où une percussion brusque produit facilement du myoidème. La peau est sèche, terreuse et il y a un peu de subictère conjonctival. La température oscille entre 37°5 et 38°6 le soir, le pouls bat à 112. Le malade est prostré, à bout de forces et son état paraît si immédiatement inquiétant qu'on fait de suite prévenir sa famille.

Il se plaint de douleurs épigastriques, irradiées à l'épaule droite, douleurs sourdes, contusives mais lui laissant peu de répit, qui ont débuté il y a une quinzaine de jours et sont allés graduellement en s'accentuant. L'exploration abdominale montre un ventre saillant surtout dans sa moitié supérieure ; le creux épigastrique est remplacé par une saillie ; la partie inférieure de l'hémithorax droit est élargie et nettement déjetée en dehors. Il n'existe pas de circulation veineuse collatérale, la palpation éveille une douleur modérée sur le côlon iliaque plus vive au niveau de l'épigastre et de la partie adjacente de l'hypochondre droit. On repère facilement le bord inférieur du foie ; il déborde de deux travers de doigt le rebord costal droit dans la ligne mamelonnaire et sur la ligne médiane il arrive à 5 centimètres au-dessus de l'ombilic, descendant à 10 centimètres au-dessous de l'appendice xiphoïde. Le foie très augmenté de volume, bombe à l'épigastre et à ce niveau, on perçoit sur le bord inférieur l'encoche séparant le lobe droit du lobe gauche. Ce dernier paraît aussi très volumineux et il remplit une grande partie de l'hypochondre gauche. La surface hépatique est régulière,

non bosselée, de consistance partout égale et légèrement augmentée. La percussion confirme la limite inférieure déjà trouvée par la palpation et montre un bord supérieur passant horizontalement au niveau du mamelon droit. La matité splénique se confond avec celle du lobe gauche. La rate ne déborde pas les fausses côtes. L'auscultation fait entendre au niveau de l'épigastre de la crépitation neigeuse, indice d'irritation péritonéale.

Les symptômes thoraciques, outre l'élargissement inférieur de l'hémithorax droit, consistent en une matité de la base droite remontant jusqu'à deux travers de doigt au-dessous de la pointe de l'omoplate, matité absolue avec abolition complète des vibrations thoraciques et du murmure vésiculaire à son niveau. Au-dessus la respiration est rude, presque soufflante avec quelques râles sous-crépitants, l'expectoration très modérée se compose de quelques crachats muqueux. Il n'y a pas d'adénopathie axillaire notable. Le cœur, de volume normal, n'est pas dévié; la pointe bat dans le cinquième espace sur la ligne mamelonnaire. Au premier examen, on aurait pu croire à un épanchement pleural droit, mais la radioscopie vient montrer qu'il n'en est rien. Au foie répond une ombre énorme qui fait une saillie volumineuse dans l'hémithorax droit, atteignant en haut le niveau de la tête de la huitième côte; il existe un sinus clair très étroit à la jonction de l'ombre hépatique et de la paroi thoracique. Il s'agit donc bien d'une collection sous-diaphragmatique et cette épreuve vient affirmer le diagnostic d'abcès hépatique à évolution postéro-supérieure. La ponction exploratrice le confirme: deux ponctions faites au niveau de la voussure épigastrique restent blanches tandis que celles qui sont

faites dans l'aire de la matité postérieure pseudo-pleurale, ramènent un liquide épais chocolat, où l'examen microscopique ne décèle que quelques lymphocytes et de très rares polynucléaires sans amibes; mis en culture on n'obtient aucun développement microbien.

Les symptômes gastro-intestinaux occupent le second plan: la langue est légèrement saburrale au centre, l'appétit est nul. Les selles au nombre de trois à quatre par jour sont liquides et peu caractéristiques : on n'y trouve ni amibes ni kystes amibiens et la recherche du bacille dysentérique reste également négative. Les urines, peu abondantes, ne contiennent ni glucose ni albumine.

Le diagnostic d'abcès hépatique amibien du lobe droit à évolution postéro-supérieure avec abcès possible du lobe gauche ainsi posé, restait la question du traitement. Une intervention opératoire immédiate que nous avions proposée au chirurgien fut écartée par ce dernier en raison de l'état général si précaire du malade. Celui-ci fut donc soumis simplement à la médication spécifique par l'émétine à laquelle on adjoignit quelques toniques généraux, champagne, huile camphrée.

Du 11 au 15 septembre on pratique une première série de cinq injections sous-cutanées de chlorhydrate d'émétine de 0 gr. 04 chacune. Le résultat ne se fait pas longtemps attendre ; l'état presque désespéré du malade s'améliore un peu dès le 14 et la température tombe à la normale le 15 pour y demeurer désormais. Le nombre de selles tombe à deux par jour. Localement, aucune modification ne se produit; la matité postérieure remonte toujours jusqu'à deux travers de doigt de la pointe scapulaire droite; cependant la douleur

épigastrique spontanée à presque disparu. Encouragé par ce résultat inespéré et n'oubliant pas la déplorable ténacité de l'amibe, nous soumettons alors le malade à une nouvelle cure de cinq injections d'émétine à la même dose à partir du 20 septembre. L'amélioration de l'état général s'accentue peu à peu, la prostration a disparu. On note le 26, que le bord inférieur du foie a remonté d'un travers de doigt. Néanmoins, l'éversion de la base du thorax droit persiste et la matité postérieure est restée invariable. Aussi pratique-t-on une ponction évacuatrice au siphon de Duguet qui ramène 110 centimètres cubes d'un pus très fluide de couleur café au lait clair, très différent du premier, renfermant quelques lymphocytes et polynucléaires, stérile à la culture. Le 27 septembre, on constate que jusqu'au voisinage de la ligne médiane, le bord inférieur du foie a repris sa place normale le long des fausses côtes droites, mais le lobe gauche continue à être perçu très bas dans l'hypochondre gauche et la matité postérieure droite demeure inchangée. Du côté intestinal, la situation s'est améliorée également et pour la première fois depuis des mois, le malade a le 28 une selle moulée. L'état général s'améliore de jour en jour et le malade à gagné presque cinq kilos depuis son entrée (poids : 48 kilos le 30 septembre), mais il est encore affaibli et capable de peu d'efforts.

Une nouvelle série de cinq injections d'émétine (à 0 gr. 04) est pratiquée du 30 septembre au 4 octobre suivie d'une quatrième aux mêmes doses du 11 au 16 octobre, d'une cinqnième du 4 au 9 novembre, d'une sixième du 1er au 6 décembre, enfin d'une septième du 15 au 20 décembre, le tout sans qu'on observe le moindre phénomène d'intolérance. Pendant ce temps, localement la situation se modifie peu. On

note le 11 octobre que la matité hépatique à droite suit le rebord costal, mais que le lobe gauche reste toujours plus volumineux que normalement; la matité postérieure reste stationnaire. Une ponction exploratriee, faite à la même date ramène encore du pus de même caractère macroscopique et microscopique. Par contre l'état général ne cesse de s'amender; les forces reviennent, le poids monte régulièrement, atteignant 48 kgr. 600 le 10 octobre, 49 kgr. le 25, 50 kgr. 500 le 5 novembre, 51 kgr. 600 le 15, 53 kgr. 200, le 25, 53 kgr. 800, le 1er décembre, 54 kgr. 200 le 12, enfin 55 kgr. 800 le 26 décembre, c'est-à-dire une augmentation de près de 12 kilos en moins de quatre mois.

Parallèlement l'amélioration des fonctions intestinales se poursuit : les selles, au nombre d'une à deux par jour, sont moulées et même parfois dures ce qui ne s'était pas produit depuis bien des années.

Vers la fin de novembre on constate une régression très sensible des signes locaux: le lobe gauche du foie occupe une moindre portion de l'hypochondre gauche et la matité postérieure a diminué en intensité et en étendue, la respiration commence à devenir perceptible à son niveau. Le 15 décembre, cette matité n'existe plus que sur quatre travers de doigt à partir de la base du thorax, et on entend le murmure vésiculaire affaibli dans cette zone où trois ponctions exploratrices restent blanches. Une nouvelle radioscopie faite le 30 décembre montre un foie beaucoup moins volumineux, mais encore un peu hypertrophié, atteignant par sa convexité, très nette et régulière, la neuvième côte, c'est-à-dire dépassant encore d'un espace la limite normale. La plèvre paraît intacte. A la percussion, la limite

inférieure du foie se confond avec les fausses côtes, la supérieure est également normale. La matité mesure 13 centimètres de hauteur dans la ligne mamelonnaire, 12 dans la ligne parasternale. Le lobe gauche semble encore un peu gros.

En arrière la matité atteint la dixième côte dans la ligne scapulaire et se trouve encore un peu plus étendue que normalement. Les fonctions intestinales s'accomplissent bien. Le malade qu'on tient à garder encore sous la surveillance médicale remplit les fonctions de secrétaire durant tout le mois de janvier 1917 et quitte l'hôpital complètement rétabli.

Voilà donc un homme atteint depuis seize ans de dysenterie chronique gardant encore des amibes dans son intestin au bout de ce temps, qui fait un abcès hépatique de volume important à en juger par les signes physiques et la radioscopie, abcès accompagné d'un si mauvais état général, d'une telle cachexie que le chirurgien refuse d'intervenir. La première cure d'émétine instituée, une injection sous-cutanée quotidienne de 0 gr. 04 pendant cinq jours, amène la disparition de la douleur hépatique et scapulaire droite, la chute de la fièvre et un mieux sensible dans l'état général si profondément atteint. Puis, sous l'influence de cures d'émétine successives, l'amélioration se poursuit régulièrement, les symptômes intestinaux disparaissent, en quelques semaines le malade engraisse de douze kilos, les signes physiques locaux dus à la présence de l'abcès régressent enfin, sans qu'on puisse, croyons-nous, dans leur rétrocession, attribuer une bien grande influence

à la modeste évacuation de 110 centimètres cubes de pus pratiquée seize jours après le début du traitement par les injections d'émétine. Pour obtenir ce beau succès, sept séries de cinq injections sous-cutanées de chlorhydrate d'émétine à la dose de 0 gr. 04 ont suffi !

D'autres observations viennent confirmer la valeur du traitement employé dans le cas précédent. Citons d'abord celles de Dopter et Pauron (18).

Observation I. — Leur premier malade avait contracté une dysenterie amibienne en août 1913. Dans les derniers jours de septembre, sa dysenterie paraissant terminée, il éprouve des douleurs dans la région hépatique, douleurs lancinantes, l'obligeant à se courber en deux dans la station debout. La température atteint 38 degrés le soir ; l'appétit est nul ; il perd ses forces de jour en jour. Le foie est volumineux et dépasse de quatre travers de doigt les fausses côtes ; la palpation révèle dans la région cystique une tuméfaction répondant à l'existence nette d'un abcès.

Sous l'influence d'une injection d'émétine à 0 gr. 04, trois à 0 gr. 08, puis dix à 0,04 pendant quatorze jours consécutifs le volume du foie s'amoindrit, les douleurs diminuent d'intensité ; seule persiste une douleur profonde réveillée par la palpation un peu forte au niveau de la région abcédée. En même temps, l'appétit renaît, l'état général s'améliore, les forces et l'embonpoint se relèvent. L'amélioration obtenue est donc considérable, mais malgré la continuation du traitement émétinien, la guérison complète n'est pas obtenue : le foie déborde toujours les fausses côtes et la douleur profonde

persiste. Une intervention est alors décidée, qui est pratiquée par M. Jacob et consiste en une ponction évacuatric faite au travers d'une simple boutonnière de la paroi et qui ramène 300 grammes de pus non pas chocolat mais grisâtre, ayant donc pris l'apparence d'une suppuration banale. On place un drain. Deux jours après, l'écoulement était tari, toute douleur avait disparu. Bientôt, le malade était guéri.

Obs. II. — Le soldat J... présentait tous les signes d'un abcès du foie typique ; cependant le diagnostic ne put être confirmé par la ponction : huit ponctions dans tous les sens restèrent blanches ; toutefois il fallait agir rapidement car le cas paraissait sérieux. En désespoir de cause on institua immédiatement un traitement énergique par l'émétine : 0 gr. 08 sont injectés quotidiennement pendant douze jours Sous son influence, les douleurs hépatiques diminuent progressivement à partir de la deuxième injectiou sous-cutanée, la fièvre diminuedès la première, tombant de 40 degrés à 39°1, le lendemain à 38°5, à la normale cinq jours après le début du traitement. Le volume du foie diminue peu à peu. Le dixième jour le malade se lève, n'éprouve plus aucune douleur spontanée, mais il ressent encore une douleur profonde à la palpation du bord inférieur du foie, qui déborde toujours les fausses côtes. Les forces se relèvent néanmoins, l'appétit est excellent, quand un soir, treize jours après la cessation de l'émétine, après quelques malaises, il est pris d'une vomique qui s'effectue en deux à trois fois, évacuant un pus grisâtre d'abord, puis verdâtre, nullement comparable au pus hémorragique ou chocolat de vomique habituelle de l'abcès dysentérique. Le pus éliminé, le malade

s'endort pendant quatre heures, puis se réveille sans éprouver de dyspnée ni de douleur, ne présente qu'une légère fatigue qui ne l'empêche nullement de sortir toute la journée. Pas de fièvre. Pas de nouvelle vomique, la secrétion s'est tarie immédiatement. Le malade, revu à plusieurs reprises, était dans un état de santé parfaite et ne présentait plus aucun trouble hépatique.

Dans ces deux cas, on voit l'émétine à *elle seule*, déterminer progressivement, mais rapidement, non seulement un arrêt mais encore une régression du processus amibien. L'aspect du pus retiré chez ces ces malades comme chez le nôtre, montre que l'émétine a « refroidi » ce processus.

Une troisième observation de Dopter (17) est aussi très probante.

Le soldat P... a contracté la dysenterie amibienne en 1912. Traité par les moyens traditionnels, il semble guérir au bout de deux mois, mais un an après, en septembre 1913, il commence à souffrir de la région hépatique et présente les signes classiques d'un abcès du foie. Les douleurs vont en s'accentuant et il entre à l'hôpital en décembre.

L'examen montre un foie hypertrophié dont la matité supérieure arrive à un travers de doigt au-dessous du mamelon et l'inférieure déborde de deux travers de doigt le rebord costal. Le thorax est manifestement élargi. A la radioscopie, voussure assez considérable du dôme hépatique. Polynucléose marquée. Cependant toutes les ponctions faites restent blanches. Le complexus symptomatique n'en impose

pas moins le diagnostic d'hépatite suppurée. Dans ces conditions le traitement par l'émétine est institué. Commencé le 17 décembre, il est continué pendant huit jours consécutifs à la dose de 0 gr. 04. Très vite, la douleur rétrocède, au bout de trois jours il n'existe plus qu'une douleur légère à la palpation profonde. En même temps, la percussion permet d'observer une légère diminution de l'hypertrophie hépatique. L'état général se relève avec une rapidité telle qu'en quinze jours le malade gagne 2 kgr. 500. Mais la radiographie, le 15 janvier encore, montre toujours une voussure à peu près égale à celle observée lors de l'entrée.

Une deuxième cure d'émétine de cinq injections après huit jours de repos faisait complètement disparaître la douleur profonde qui persistait. La polynucléose tombait de 82 à 63 o/o, mais aucun progrès n'était plus constaté du côté du volume du foie. La guérison n'est donc pas complète, elle ne le sera qu'après évacuation de l'abcès dont il est encore porteur.

De telles observations se passent de commentaires qui ne feraient qu'affaiblir la valeur démonstrative des faits.

§ 2. — L'Emétine précédée de la ponction évacuatrice

Depuis les travaux de Rogers, ce procédé qui consiste à évacuer tout d'abord l'abcès par la ponction et à instituer immédiatement après, la cure d'émétine, a été fort employé avant qu'on sache toute l'étendue

des résultats qu'on était en droit d'attendre de l'alcaloïde employé seul. Il constitue un progrès très notable sur la méthode chirurgicale associée à la cure d'émétine en permettant d'obtenir à beaucoup moins de frais et de risques des résultats excellents, comme nous allons le voir et comme il était facile de le prévoir après la lecture du paragraphe précédent.

L'observation de Dopter (17) en est un exemple typique :

Atteint auparavant de dysenterie amibienne et guéri, le soldat colonial dont il s'agit souffrait depuis trois mois de douleurs vagues dans la région hépatique qui augmentèrent peu à peu et motivèrent son entrée à l'hôpital.

L'hypertrophie du foie, le siège des douleurs, les irradiations scapulaires, une légère voussure latéro-inférieure du thorax, l'existence d'une fièvre légère (37°8 à 38°2) firent faire le diagnostic d'abcès du lobe droit du foie. L'évolution de cet abcès était torpide, ce qui détermina à tenter une simple ponction évacuatrice sans recourir à l'empyème. Elle donna issue à 500 grammes de pus chocolat contenant quelques amibes. Puis, sans injection d'émétine dans la poche, on fait pendant huit jours 0 gr. 04 d'émétine sous la peau.

Deux jours après la ponction, toute douleur avait disparu ; l'appétit devenait impérieux, l'anémie diminuait et le malade reprenait vite de l'embonpoint. Le quatrième jour il se levait et déclarait ne plus rien éprouver d'anormal. Une deuxième ponction, douze jours après la première, au même endroit,

resta blanche. Le malade revu ultérieurement était dans un état de santé parfaite.

Observation de Rouget (35) (résumée) cas schématique type des heureux et rapides effets que peut procurer la cure émétinienne.

Il s'agit dans cette observation d'un sujet qui avait contracté la dysenterie en 1899 et qui à diverses reprises entre 1906 et 1912 avait présenté des poussées de congestion hépatique ou des douleurs dans le flanc droit. Finalement, au début de 1913, il est hospitalisé pour un abcès du foie accompagné d'un syndrome d'embarras gastrique fébrile. La ponction évacuatrice ramène 200 centimètres cubes de pus chocolat, riche en amibes et ne contenant pas d'autres éléments microbiens. Immédiatement après, on fait une série de six injections d'émétine de 0 gr. 04 à 0 gr. 06, au total 0 gr. 28. Les douleurs disparaissent le soir même de la ponction ; dès le troisième jour, le malade réclame à manger ; le neuvième il est sur pied. Au bout d'un mois d'observation, on pratique au même point une ponction qui reste blanche.

Dans l'observation de Baur J. et Plisson L. (4), il s'agit d'un abcès volumineux accompagné d'un état général très grave.

Ce malade avait été atteint de dysenterie au Maroc en janvier 1913. Fin mars suivant, il présente des symptômes d'hépatite suppurée qui l'amènent bientôt à l'hôpital. Il est très amaigri, fébrile ; le foie est très volumineux, la défor-

mation thoracique est considérable. Une ponction faite le 23 avril, donne issue à la quantité énorme de 2.500 centimètres cubes ; on injecte 0 gr. 08 d'émétine dans la cavité, manœuvre qui détermine la formation d'une bulle gazeuse intra-hépatique nettement caractérisée à la radioscopie par un espace clair dont la limite inférieure est horizontale et variable suivant les positions du malade. On commence le jour même le traitement hypodermique par l'émétine, six injections de 0 gr. 04 ou 0 gr. 08 en dix jours, au total 0 gr. 40. Une seconde ponction le 3 mai ramène un litre de pus, on introduit 0 gr. 08 dans la poche et on suspend les injections sous-cutanées. L'état général s'améliore peu à peu ; la douleur a complètement disparu depuis le début de mai. Cependant le foie reste gros, la bulle gazeuse persiste et de nouvelles ponctions sont encore nécessaires, le 22 mai (600 cmc. de pus), le 14 juin (400 cmc.), enfin le 25 juin (250 cmc.) qu'on fait suivre régulièrement de l'injection d'émétine dans la cavité de l'abcès. L'état général pendant ce temps est devenu excellent, le malade a engraissé de 6 kilos et le volume du foie est redevenu presque normal, la bulle a disparu. Après une convalescence de trois mois, on retrouve le sujet en très bon état. Le foie reste cependant un peu gros et une ponction donne encore 250 centimètres cubes de liquide bouillon sale.

Voilà donc un grand abcès du foie de 2 litres 1/2 guéri par la seule ponction évacuatrice suivie d'injections d'émétine dans la poche et sous la peau. Il est regrettable à notre avis que la dose administrée par voie hypodermique ait été si minime (0 gr. 40),

car l'évolution eût pu sans doute être abrégée avec un traitement plus intensif.

C'est un abcès à évolution torpide, « froide » que traita Valence (38) par cette méthode et qu'il réussit également à guérir sans intervention chirurgicale en employant seulement 0 gr. 85 d'émétine.

Le malade avait contracté en juillet 1911 une dysenterie dont il guérit vite apparemment, mais en septembre, un abcès du foie se montrait à la face convexe du lobe droit, il fut traité par l'incision et le drainage. En mai 1912, il fut opéré d'un nouvel abcès siégeant à la face inférieure du lobe droit et du volume d'une mandarine. En avril 1913, il présente les symptômes d'un abcès du lobe gauche accompagné d'une fièvre élevée et de la présence d'amibes dysentériques dans les selles. On fait une série de trois injections sous-cutanées d'émétine de 0 gr. 02. Cette faible dose suffit à ramener la température à la normale dès la première injection. L'hypertrophie du foie persistant, on ponctionne alors et on retire 85 centimètres cubes de pus ne renfermant pas d'amibes à l'examen microscopique. On injecte 0 gr. 02 dans la poche et puis deux jours après on institue une série de cinq injections sous-cutanées (de 0 gr. 02 à 0 gr. 06, au total 0 gr. 22) qui détermine la disparition de la douleur hépatique, le retour des selles à l'aspect normal et une amélioration très rapide de l'état général. Le foie reste un peu gros. Une seconde ponction donne issue à 87 centimètres cubes ; on refait à quelques jours d'intervalle une cure de trois injections (au total 0 gr. 10) puis de quatre (en tout : 0 gr. 16), enfin de cinq (0 gr. 28). Une ponction nouvelle reste négative et les amibes ont disparu des selles.

Citons encore la brillante guérison obtenue par Gaide et Mouzels (22) (obs. II) avec 0 gr. 28 d'émétime après ponction de l'abcès.

Chez leur malade atteint de dysenterie sévère et prolongée quatre ans auparavant, apparurent de la fièvre continue à exacerbation vespérale, un point de côté droit très rebelle et un affaiblissement progressif qui firent penser pendant assez longtemps à une pleurésie tuberculeuse. Puis de la voussure thoracique, de l'œdème intercostal se montrèrent avec les signes physiques d'un abcès hépatique. Les selles, bien que d'apparence normale, renfermaient des amibes. Une ponction donne issue à 300 grammes de pus hépatique. Immédiatement après, on pratique sept injections consécutives intra-musculaires d'émétine de 0 gr. 04. Au bout de trois jours, la température très élevée tombait définitivement à la normale et l'état général devenait rapidement très bon.

P. Carnot (dans l'article mentionné) déclare avoir guéri par la ponction associée au traitement émétinien, quatre cas d'hépatite suppurée, évitant ainsi l'intervention sanglante.

Plus loin il dit : l'émétine présente une grande efficacité contre l'amibiase hépatique, qui, elle, ne semble pas s'accompagner de la production de kystes comme l'amibiase intestinale, sur laquelle l'alcaloïde reste sans action. Si l'abcès n'a pas atteint un gros volume et n'est pas le siège d'infections secondaires, on pourra le guérir par la seule action de l'émétine en piqûres ; elle tue les amibes, stérilise

l'abcès et en permet la résorption spontanée et intégrale sans opération. Par contre, un abcès très volumineux devra être évacué par incision ou par ponction : ce dernier moyen suffit en général si le traitement émétinien est mené avec vigueur. Mais il est souvent nécessaire de vider plusieurs fois la poche : chaque ponction pourra être suivie de l'injection locale de o gr. o8 dans la poche. Nous avons *réussi à guérir 3 abcès du foie* par ponction et injection locale d'émétine ; mais nous avons dû faire jusqu'à 14 ponctions successives dans un des cas. Le traitement local est donc beaucoup plus long qu'on n'aurait pensé et on peut admettre que les injections sous-cutanées seules agissent aussi bien que les injections intra-hépatiques. Elles doivent tout au moins leur être associées pour raccourcir la durée du traitement.

Ces observations montrent qu'on peut traiter avec succès par une thérapeutique d'ordre purement médical les hépatites amibiennes suppurées. La ponction combinée à la cure d'émétine parait singulièrement préférable, comparée au traumatisme de l'action chirurgicale.

IV

LE TRAITEMENT DE L'HÉPATITE SUPPURÉE FERMÉE PAR L'ÉMÉTINE SEULE

L'émétine employée à l'exclusion de tout autre traitement est-elle capable d'exercer une action curatrice complète à tous les stades des lésions de l'amibiase hépatique ?

Maints exemples ont démontré qu'aux phases initiales de congestion et de ramollissement rouge du gros foie dysentérique, l'émétine suffisait à juguler le processus infectieux. Rappelons simplement ici les observations si concluantes de Rogers (34) aux Indes, de Cross et de Teyssier (12) au Maroc, d'Armand Delille, Paisseau et Lemaire (1) à l'armée d'Orient, d'Escomel (20) au Pérou, de Dumas (19) en Indo-Chine. La question est actuellement tranchée.

Mais, à l'étape purulente, lorsque l'abcès est bien constitué et dûment constaté par la ponction exploratrice positive, l'émétine en injections sous-cutanées reste-t-elle encore capable d'amener à elle seule la guérison intégrale, c'est-à-dire la résorption de la

suppuration ? Question d'importance et qui a donné lieu à des divergences d'opinion.

Pour Dopter (16, 17, 18) qui, comme on l'a déjà vu, paraît avoir employé le premier de propos délibéré l'émétine avant tout autre traitement, la guérison définitive ne peut être obtenue qu'à une condition essentielle, l'évacuation de la poche abcédée, que cette évacuation soit provoquée par empyème ou ponction, soit spontanée par vomique. Les injections hypodermiques ont pour résultat d'arrêter le processus amibien et même de provoquer une guérison dans son évolution et de transformer l'abcès *vivant* en abcès *mort*. Mais si l'organisme semble tolérer pendant quelque temps cet abcès mort, l'émétine est incapable d'en assurer la résorption. L'évacuation est nécessaire, indispensable même, mais une fois effectuée la guérison s'opère avec une rapidité vraiment surprenante. A l'appui de son opinion Dopter invoque trois observations dont celle que nous avons résumée au chapitre précédent, et où la guérison complète n'a été en effet obtenue qu'après évacuation de l'abcès par vomique ou par ponction. A vrai dire, on pourrait objecter que le traitement suivi a été peu prolongé : le premier malade a reçu une injection sous-cutanée de 0 gr. 04, trois à 0 gr. 08, puis dix à 0 gr. 04 pendant quatorze jours consécutifs ; le second, douze injections de 0 gr. 08 en une seule série, le troisième une série de huit injections de 0 gr. 04, puis huit jours après cinq injections nouvelles. Peut-être qu'un peu plus de persé-

vérance dans la cure aurait amené la guérison complète surtout dans ce dernier cas où la radiographie montrait une diminution très notable de la saillie hépatique.

Des travaux plus récents tendent à faire prévaloir l'opinion opposée. Déjà Cros et de Teyssier (12) étaient enclins à croire que même un abcès bien constitué pouvait se résorber sous l'influence des seules injections hypodermiques d'émétine. Pour justifier cette réduction, faute de preuves directes, ils se basaient sur la comparaison des signes physiques fournis d'une part par les abcès du foie qu'ils avaient autopsiés et d'autre part par les foies qu'ils avaient vu guérir par les injections, foies bien autrement volumineux et douloureux que la plupart des premiers. En 1917, Armand Delille, Paisseau et Lemaire (1) déclarent catégoriquement qu'il est possible d'obtenir la résorption d'abcès collectés contenant des quantités très importantes de pus par le traitement exclusivement médical. De même, Escomel (20) a pu guérir sans ponction évacuatrice des abcès hépatiques bien formés par l'émétine seule. Si nous analysons l'observation que nous avons nous-même rapportée plus haut, nous y trouverons un exemple de plus à l'appui de l'opinion de ces auteurs. En effet, la ponction n'a eu certainement dans la modification des phénomènes locaux qu'un rôle négligeable. Son importance médiocre (110 cmc.) ne lui a pas permis de les influencer, et, effectivement, elle n'a pas été suivie d'une modification appréciable des signes physiques

qui, par contre, avaient déjà commencé à rétrocéder avant la ponction sous l'influence de l'émétine seule, le bord inférieur du foie descendait déjà moins bas d'un travers de doigt. Cette ponction avait d'ailleurs été bien loin d'être complète, puisqu'une ponction exploratrice faite seize jours après montrait encore l'existence de pus. Ce n'est que bien plus tard, donc sous la seule influence des injections d'émétine, que les signes physiques et radioscopiques diminuèrent progressivement d'importance pour revenir finalement presque à la normale en même temps que plusieurs ponctions restées blanches montraient la disparition du pus.

L'émétine seule, à notre avis, permet donc, tout au moins dans certains cas, la rétrocession de la collection suppurée allant jusqu'à la résorption complète du pus. Malheureusement nous ne pouvons pas rapporter beaucoup d'observations pour illustrer d'exemples ce point important de l'action de l'émétine, la plupart des auteurs ne les ayant pas publiées et s'étant contentés d'indiquer en bloc les résultats de leur pratique. Ainsi, Escomel (20), qui a eu l'occasion à Arequipa où l'amibiase est endémique et l'hépatite très fréquente de traiter de nombreux abcès du foie, dit seulement les avoir toujours guéris sans ponction évacuatrice avec une série de 30 injections d'émétine associée ou non à la sparteine, selon la faiblesse du malade. De même, Armand Delille, Paisseau ou Lemaire (1) déclarent simplement avoir traité par l'émétine seule avec suc-

cès rapide et complet un gros abcès où la ponction exploratrice avait vérifié la présence d'une collection abondante. De même encore Novaes (31) relate sans plus le beau résultat qu'il a obtenu dans un abcès à évolution aiguë hyperthermique.

Le fait rapporté par Leuret et Secousse (25) est plus explicite en même temps que très démonstratif, il met pleinement en évidenee, l'insuffisance du traitement chirurgical comme il arrivait malheureusement trop souvent en cas de multiplicité des abcès et met en lumière par contre le triomphe de la cure émétinienne pure.

Il concerne un marin qui, en 1913, avait été opéré une première fois d'un abcès amibien du foie. Dix mois plus tard surviennent de nouveaux accès de fièvre à type intermittent qui durent trois mois. Une ponction exploratrice entre la xe et xie côte ne ramène qu'un centimètre cube et demi de pus chocolat, aseptique. On pense à de petits abcès aréolaires amibiens et on renonce à toute intervention chirurgicale. Le 28 janvier 1914 le malade entre à l'hôpital. L'état général est des plus mauvais ; inappétence complète ; température, 38° 4 ; urines rares, 300 à 350 gr. par vingt-quatre heures ; œdème unilatéral de la jambe droite. On fait une série de vingt injections de chlorhydrate d'émétine à raison de 0gr. 04 par jour. Presque immédiatement la fièvre tombe et une débâcle urinaire s'établit. Amélioration très rapide ; le malade augmente de quatre kilos par semaine. On fait une deuxième série de dix injections pour parfaire la guérison.

On peut rapprocher de cette observation celle d'où Augé et Brocq (3) tirent eux-mêmes argument en faveur de l'émétine employée seule, préconisant le traitement suivant : d'abord injections d'émétine, puis intervention par ponction si cela devient nécessaire.

Il s'agit d'un soldat de trente-quatre ans, n'ayant jamais quitté la France et sans antécédents dysentériques Début de l'affection par une crise douloureuse peu intense avec maximun au point cystique le 15 juillet 1915. A ce niveau se développe progressivement un empâtement douloureux déterminant une large voussure à contours mal délimités, débordant largement les fausses côtes et faisant porter le diagnostic de cholécystite. Réaction fébrile intense (38° 39 degrés). Sous l'influence du repos, sédation des phénomènes généraux, limitation de la voussure. A la fin de juillet une ponction exploratrice ramène du pus dont l'examen reste négatif. Opération le 23 septembre : péritoine libre d'adhérence, vésicule et voies biliaires normales, gros foie. La ponction exploratrice de celui-ci sur sa voussure amène la découverte d'une poche profonde qui paraît assez étendue et limitée par des parois indurées. On retire quelques centimètres cubes de pus puis on ferme complètement la paroi. Injection sous-cutanées d'émétine dès le lendemain ; deux séries de 0 gr. 32 séparées par une période de repos, à la dose quotidienne de 0 gr, 04 à 0 gr, 06. Le foie passe en quinze jours de 16 à 11 centimètres de hauteur. L'état général s'améliore, l'appétit renaît. Le succès obtenu par l'émétine seule prouve qu'on avait eu affaire à

un abcès amibien d'allure subaiguë, développé sans doute au cours d'une dysenterie autochtone et méconnue.

Une autre preuve, un peu moins directe mais bien évidente, de l'action curatrice complète de l'émétine est fournie par les beaux résultats qu'elle donne dans les *abcès multiples* qui faisaient souvent le désespoir de la méthode chirurgicale, l'acte opératoire restant dans ces cas presque fatalement incomplet, insuffisant et la mort étant la terminaison fréquente de cette forme d'hépatite. Le pronostic a été complètement changé par l'introduction du traitement émétinien. Les observations de ce genre où l'émétine a été utilisée seule sont encore rares dans la littérature. Celle de Leuret et Secousse (25) que nous avons résumée ci-dessus paraît appartenir à la catégorie des abcès multiples. Parmi les cas où l'incision a été employée concurremment à la cure d'émétine, rappelons celui de Roux et Tribondeau (36) — abcès multiples —

Quelques mois après une atteinte de dysenterie, leur malade fait une poussée de congestion hépatique avec fièvre élevée pendant un mois. Quinze jours après, il présente des signes nets d'abcès du foie. On l'opère et on trouve une collection du volume d'une grosse orange. Après une chute éphémère, la fièvre remonte, oscillant entre 38° et 39 degrés et il se produit une cholérragie. L'examen clinique fait alors conclure à l'existence d'un ou peut-être plusieurs foyers inflammatoires évoluant en plus de l'abcès déjà incisé. Avant de se résoudre à de nouvelles ponctions exploratrices, on essaye l'émétine :

en dix jours on injecte o gr. 38 sous la peau et o gr. 34 dans la cavité. Au bout de quatre jours la fièvre de 39 degrés est tombée à la normale ; l'état général s'améliore très vite de façon remarquable et le foie devient vite indolore ; la fistule en quelques jours ne donne plus qu'un léger suintement, puis se tarit.

V

LE TRAITEMENT PAR L'EMÉTINE SEULE DE L'HÉPATITE SUPPURÉE ÉVACUÉE SPONTANÉMENT ET FISTULISÉE

Nous abordons dans ce chapitre des cas où le traitement prête moins à discussion que dans ceux que nous avons eus jusqu'ici en vue puisque l'évacuation de la poche purulente est un fait déjà accompli et que d'autre part la technique chirurgicale n'offre plus ici que des ressources très médiocres. Comment intervenir en effet dans ces foyers suppurés, faisant bloc avec les organes importants voisins, plèvre, poumons, intestin, entourés d'un fouillis inextricable d'adhérences modifiant les rapports anatomiques ? Le chirurgien dans ces abcès fistulisés s'abstenait habituellement, et le malade, affaibli par une suppuration interminable, cachectisé, était voué trop souvent à la mort. Précisément au contraire, ces cas sont le triomphe de la cure émétinienne pure et ce sont eux qui en France ont été les premiers à consacrer l'efficacité du nouveau remède.

Les résultats obtenus sont mis en lumière par de

nombreux faits cliniques. C'est d'abord l'observation initiale du professeur Chauffard (6), premier exemple en France de l'application de l'émétine au traitement de l'amibiase.

Chez ce malade atteint d'un grand abcès dysentérique, la fistule hépato-bronchique durait depuis cinq mois. Au moment où le traitement fut mis en œuvre le malade crachait tous les jours un verre de pus sanglant, la température oscillait entre 37 et 38 degrés, il existait une ulcération dysentérique dans le rectum, l'état général était très médiocre et la radioscopie montrait une opacité étendue de la base du poumon droit se confondant avec l'obscurité hépatique. On fait en cinq jours six injections sous-cutanées chacune de 0 gr. 04 de chlorhydrate d'émétine. Dès le second jour, le malade se sent nettement mieux. L'expectoration passe de 200 centimètres cubes à 150 le premier et le second jour, à 60 le troisième, à 45 le quatrième et est réduite à trois crachats le cinquième, elle est complètement tarie le sixième jour. La température tombe définitivement le second jour au-dessous de 37 degrés. La leucocytose descend de 49.000 à 19.800, la polynucléose de 77 à 63. L'ulcération rectale se cicatrise. La base du poumon redevient claire et le malade engraisse de 6 kilos.

Mêmes brillants résultats chez le malade de Dopter (15, 17).

Il s'agit d'un soldat colonial qui avait contracté la dysenterie en août 1912. En septembre 1913, il commence à éprouver des symptômes évidents d'abcès hépatique, douleur

dans l'hypocondre droit avec irradiations scapulaires. Il entre à l'hôpital le 3 février 1914, les douleurs ayant beaucoup empiré. Le soir même de son entrée, il a une vomique massive de 800 grammes de pus chocolat caractéristique. Puis jusqu'au matin, il crache encore 500 grammes de pus identique. La vomique ne l'a que peu soulagé ; il est très dyspnéique, l'hypocondre droit est le siège d'une douleur vive, la fièvre atteint 39°2. Le foie est volumineux, sa limite supérieure est à 2 centimètres au-dessous du mamelon et le bord inférieur descend à deux travers de doigt au-dessous des fausses côtes. L'examen du thorax montre une matité postérieure presque absolue remontant jusqu'à trois travers de doigt au-dessous de l'angle de l'omoplate. On injecte immédiatement 0 gr. 08 de chlorhydrate d'émétine sous la peau en deux fois le 4 février. Durant la nuit, il éprouve déjà un soulagement notable : les douleurs sont moins vives, la dyspnée est moins accusée. Le lendemain, l'amélioration continue, il reçoit encore 0 gr. 08 d'émétine. Le surlendemain, la pression sur le rebord costal est devenue presque indolore. Au lieu de 500 grammes comme la veille, il n'y a plus que 300 grammes d'expectoration. Le 7, celle-ci tombe à 100 grammes ; la limite supérieure du foie s'est abaissée de deux travers de doigt, le bord inférieur ne déborde plus les fausses côtes que de 2 centimètres. Le 10, tout symptôme douloureux a disparu, l'expectoration n'est plus que de 50 grammes par jour, elle disparaît totalement le 15 ; l'état général s'améliore rapidement et en trois semaines le malade gagne 5 kgr. 400.

Ce succès est vraiment remarquable : ce malade,

en somme, s'est trouvé guéri en peu de jours, d'une hépatite suppurée grave ouverte dans les bronches et la suppuration s'est tarie complètement en douze jours. Comme le fait observer Dopter, certaines vomiques peuvent prendre cette allure sans traitement par l'émétine et se tarir spontanément, mais il s'agit de cas infiniment plus bénins, exceptionnels à la vérité et telle n'aurait pas été certainement l'atteinte présentée par ce sujet chez lequel l'allure véritablement tragique de cette vomique avec température élevée malgré l'élimination du pus avait une tout autre signification.

On se fera une idée très précise de la valeur du traitement émétinien dans ces hépatites fistulisées dans différentes directions en constatant les résultats obtenus par Costa (11) chez un malade atteint d'abcès multiples du foie de la plus haute gravité.

Le malade âgé de vingt-quatre ans entre à l'hôpital en février 1913 pour un abcès du foie ayant déterminé un épanchement pleural séreux. Depuis plusieurs mois, son abcès s'était ouvert dans les bronches ; il continuait à expectorer chaque jour du pus mêlé de sang. L'état général était si lamentable, l'amaigrissement si prononcé que plusieurs médecins l'avaient pris pour un tuberculeux cachectique.

Le 24 février, une ponction au point le plus douloureux ramène 10 centimètres cubes de pus épais chocolat, stérile. Cet abcès sur lequel on était tombé ne pouvait donc être que différent de celui qui s'était ouvert par vomique. A ce

moment le malade expectorait 1.200 grammes de pus sanglant.

Le 5 mars au matin on commence le traitement émétinien. Le soir même, le malade éprouve une douleur déchirante dans l'hypocondre droit, suivie de plusieurs selles purulentes, teintées de sang où l'on trouva des amibes dysentériques. Ce nouvel abcès s'était donc vidé spontanément dans l'intestin.

Le surlendemain, la température commençait à baisser et tombait rapidement à la normale, puis l'expectoration diminua peu à peu. Le 13 mars, l'appétit renaissait et l'état général s'améliorait. On cesse les injections d'émétine le 19. L'expectoration se tarit complètement, les selles redeviennent normales, le foie récupère son volume normal. En quinze jours, le malade a gagné 6 kilos. Il sort complètement guéri.

Cette observation montre que les abcès ouverts dans l'intestin, d'un pronostic souvent si grave, sont susceptibles de guérir par le traitemenl émétinien tout aussi bien que ceux qui sont fistulisés dans les bronches. Le cas suivant publié par Gaide et Mouzels (22) démontre la curabilité des collections ouvertes spontanément dans l'estomac et dans la plèvre.

Leur malade était entré à l'hôpital le 28 juin avec tous les signes d'un abcès du foie et un très mauvais état général. Une ponction ramène 200 grammes de pus hépatique chocolat. On institue de suite le traitement émétinien ; il est conti-

nué jusqu'au 8 juillet. Sous son influence, tous les symptômes rétrocèdent vite et le 10 juillet, huit ponctions faites au même point que la première restent blanches. Il sort le 8 août avec un foie encore hypertrophié.

Le 9 septembre, ce malade revient pour une reprise des symptômes d'hépatite suppurée. L'état général est très mauvais ; l'existence d'un nouvel abcès n'est pas douteuse ; une ponction ramène 95 grammes de pus caractéristique. On injecte 0 gr. 04 d'émétine du 10 au 17 juillet. Après une légère amélioration, les crises douloureuses deviennent violentes. Le 25, vomique de 300 grammes de pus.

Le 26, on fait une hépatotomie qui montre une cavité du volume d'une orange. Dans la nuit, nouvelle crise dyspnéique avec violent point de côté, symptomatique d'un épanchement pleural de pus hépatique. Du 2 au 10 oetobre, on reprend la cure d'émétine, 0 gr. 08 les deux premiers jours, 0 gr. 06 les deux suivants puis 0 gr. 04. Les symptômes commencent à s'amender quand le 10 octobre il se produit une aggravation des signes locaux et généraux : une vive douleur épigastrique survient et le malade vomit 200 grammes de pus hépatique ne pouvant venir que de l'estomac. Cet incident se produit encore quelques jours après. Depuis lors l'état s'améliore considérablement : tous les symptômes rétrocèdent, le foie reprend son volume normal et le malade qui a récupéré un état général parfait sort le 17 novembre.

La lecture de toutes ces observations permet de se rendre compte du changement complet du pronostic qu'a apporté dans ces hépatites fistulisées

l'institution du traitement émétinien. Quelle différence entre une telle évolution et la marche lente des guérisons obtenues jadis dans les cas heureux ! Mais surtout, que de malades arrachés à la mort !

La suppuration, souvent interminable, finissait par épuiser le patient, l'amaigrissement devenait considérable, la cachexie s'installait, heureux quand une infection secondaire ne venait pas se greffer sur le processus amibien toujours en évolution et qu'on n'arrêtait qu'à grand peine après de longs mois. Avec l'émétine l'expectoration se tarit au bout de quelques jours ; en deux à trois semaines, les malades sont resplendissants de santé, méconnaissables même parfois tellement leur embonpoint a augmenté.

VI

LES INSUCCÈS ET LES CONTRE-INDICATIONS DE L'ÉMÉTINE

Comme toutes les médications, même les plus spécifiques, la cure d'émétine connaît des défaillances. Des échecs du traitement ont été publiés : ils doivent être étudiés de près pour élucider leurs causes et tâcher de les éviter.

Ces cas défavorables ressortissent à deux catégories de faits bien distincts : les uns sont des *insuccès apparents*, où on a abusivement employé l'émétine pour atteindre un résultat qu'elle est incapable de donner ; les autres, beaucoup moins nombreux, appartiennent à la catégorie des *insuccès réels*.

Passons d'abord en revue les premiers. Ils reposent tous sur la méconnaisance des propriétés thérapeutiques de l'émétine. Cet alcaloïde agit spécifiquement sur les lésions spécifiques produites par l'amibe mais il n'est doué d'aucune efficacité sur les lésions où celle-ci n'est pas ou n'est plus en cause et de

plus son action reste insuffisante et incomplète lorsque l'amibiase n'est pas pure.

De la première cause d'échecs apparents relèvent ceux qui proviennent d'un diagnostic erroné d'amibiase hépatique. Naturellement on ne saurait attendre alors aucun effet utile de l'émétine. Cros et de Teyssier (12) ont signalé quelques erreurs particulièrement difficiles à éviter, par exemple la confusion entre l'amibiase hépatique et un gros foie paludéen chez un ancien dysentérique ou un kyste hydatique développé chez un ancien dysentérique à foie cirrhotique. Le diagnostic d'hépatite amibienne suppurée est souvent délicat, soit que les antécédent intestinaux, comme il arrive souvent, restent très flous ou qu'ils aient disparus de la mémoire du malade, soit que les signes propres de l'abcès prêtent à confusion avec les autres hépatomégalies. Il faudra s'appuyer sur la douleur et ses modalités, sur l'examen radioscopique, sur l'hématologie décelant la leucocytose et la polynucléose, sur la ponction exploratrice malheureusement infidèle pour établir le diagnostic et employer l'émétine à bon escient.

Lorsque l'amibiase n'est plus en cause, la cure émétinienne reste aussi infructueuse. C'est ce qui se produit pour les abcès morts transformés en abcès bilieux. Le professeur Chauffard (9) en a donné un intéressant exemple, montrant chez un même malade l'existence de deux abcès hépatiques ouverts par vomique dont l'un en activité à pus de teinte chocolat s'est vite tari sous l'influence de l'émétine tandis

que l'autre à pus bilieux, jaunâtre, dégénéré ne fut influencé en rien par le médicament.

Il s'agissait ici d'une jeune femme atteinte de dysenterie au retour du Dahomey et qui semblait guérie quand, deux mois après. elle eut une vomique brusque de pus verdâtre non hémorragique et, à la suite, des hémoptysies traduisant un état congestif de la base, neuf mois après elle eut une nouvelle vomique, celle-ci de pus chocolat et enfin, deux mois après celle-ci, des signes douloureux du côté du foie. Une ponction ramena 650 centimètres cubes de liquide verdâtre à réaction de Gmelin positive. On pratique alors six injections sous-cutanées consécutives de 0 gr. 04 d'émétine. On observe alors une amélioration locale rapide. et manifeste, mais non accompagnée de la chute de température au-dessous de la normale que Chauffard considère comme la meilleure preuve de l'efficacité de l'alcaloïde. Une seconde ponction, onze jours après la première, ne donne plus que 80 centimètres cubes de pus. A la suite la malade ne présente aucun symptôme morbide et la radioscopie montre un foie très affaissé.

Au troisième groupe d'insuccès apparents appartiennent ceux où l'amibiase n'est pas seule en jeu. Rogers avait déjà signalé l'inefficacité de l'émétine jointe à la ponction évacuatrice dans les abcès amibiens compliqués d'infections secondaires ; celle-ci relève de bactéries aérobies et anaérobies dont le pouvoir pyogène s'associe au pouvoir pathogène de l'amibe. L'émétine peut bien avoir raison de cette

dernière, mais elle reste sans action sur les bactéries surajoutées vis-à-vis desquelles elle ne possède aucun pouvoir spécifique. Dans ces cas, il faut de toute nécessité associer sans tarder à l'émétine l'intervention chirurgicale, l'incision et le drainage de la poche. Pour décéler à coup sûr et précocement ces associations microbiennes, nous ne saurions trop recommander l'examen bactériologique du pus retiré par la ponction exploratrice, c'est-à-dire l'examen à l'état frais, qui permet de voir les amibes vivantes, l'examen après coloration (méthode au panchrome de Laveran qui met à la fois en évidences amibes et bactéries et méthode de Gram pour la différenciation des bactéries), enfin si on veut un diagnostic bactériologique précis la mise en culture aérobie (gélose inclinée) et anaérobie (gélose Veillon) du pus retiré aseptiquement. Si une infection secondaire est révélée par ces méthodes, il faudra de suite intervenir chirurgicalement. S'il a été impossible, de pratiquer ces examens, l'indication de l'intervention sera fournie par l'absence d'amélioration rapide ou la poursuite interrompue de l'amélioration après la cure émétinienne.

Parmi les insuccès réels il faut distinguer les rechutes et les échecs absolus.

Les rechutes sont rares, beaucoup plus rares que dans l'amibiase intestinale où elles sont fréquentes à la suite du traitement émétinien. Les quelques cas que nous avons relevés sont imputables à une cure d'émétine insuffisante ; c'est ce qui qui a eu lieu

chez le malade de Tuffier (37), cinq injections de 0 gr. 04 avaient suffit pour tarir une vomique provenant d'un abcès hépatique, faire disparaître fièvre et douleur, mais dix jours après, une petite rechute survenait, cédant rapidement à une nouvelle série d'injections. Même constation chez le malade de Flandin et Dumas (21) qui présentait une vomique qui semblait guérie avec quatre injections de 0 gr. 06 d'émétine. Quinze jours après, en même temps qu'une nouvelle élévation de température, le pus réapparaissait dans les crachats avec sa teinte chocolat caractéristique. Cette reprise des accidents fut vite jugulée par une nouvelle cure d'émétine. Ayant également reçu une dose du médicament insuffisante, une seule série de huit injections de 0 gr. 04, bien que son état général fût très atteint, le malade de Gaide et Mouzels (22) dont nous avons résumé l'histoire clinique au chapitre V, fit un mois après cessation du traitement une rechute sérieuse.

On ne saurait vraiment tirer argument de ces rechutes contre l'émétine, car il est évident qu'une cure plus intensive et surtout plus prolongée, les eût évitées facilement. D'ailleurs, sauf dans le dernier cas, elles ont très vite cédé à la reprise du médicament. Il s'est donc agi ici tout simplement d'un vice de technique dans l'administration de l'émétine et non d'une défaillance proprement dite dans son action thérapeutique.

Il ne faudra pas confondre avec les rechutes, les récidives de l'hépatite suppurée, récidives survenant

à la suite d'un nouvel apport de parasites dans le foie où ils colonisent de nouveau. Les kystes logés dans les glandes ou la paroi de l'intestin, non atteint par l'émétine qui n'agit pas sur eux, peuvent être le point de départ de nouvelles émigrations d'amibes dans le parenchyme hépatique. Il est évident que ces récidives ne sauraient être mises sur le compte d'une action incomplète de l'émétine sur l'hépatite suppurée.

Parmi les échecs absolus, on doit d'abord faire une place spéciale à ceux qui paraissent dus comme les rechutes à un traitement manié avec trop de timidité et trop peu d'insistance. De ce nombre fait partie le premier cas malheureux relaté par Cros et de Teyssier (12).

Il s'agissait d'un abcès amibien du foie tardivement diagnostiqué. L'affection avait d'abord évolué sous le masque d'une fièvre intermittente du type tierce qui avait fait croire à du paludisme. Cependant l'abcès progressait et des signes physiques par leur importance motivaient une ponction qui ramena 750 grammes de pus un mois après l'entrée du malade à l'hôpital. On injecta 0 gr. 12 d'émétine dans la poche. La fièvre tomba complètement pendant quelques jours, mais pour remonter au bout d'une semaine tandis que les signes hépatiques se maintenaient. Onze jours après la ponction, on commence à injecter de l'émétine sous la peau de deux jours en deux jours. Une nouvelle ponction, vingt jours après la première, donne issue à 1.500 grammes de pus. On la fait suivre de l'injection de 0 gr. 12 d'émétine dans la poche

et on refait une injection d'émétine sous la peau : puis, trois jours après, le malade se cachectisant, on pratique l'incision et le drainage qui amènent la guérison.

Il n'est pas douteux que dans ce cas l'échec de l'émétine ne doive être attribué à une administration défectueuse du médicament : l'injection dans la poche est probablement insuffisante à elle seule, d'autre part le traitement par les injections sous-cutanées a été mis en œuvre fort tardivement, trop peu énergiquement et avec des intervalles trop longs entre les injections (une injection tous les deux jours du 26 juillet au 3 août, dose non précisée). Les auteurs reconnaissent d'ailleurs eux-mêmes que s'ils avaient injecté dès le début l'émétine suivant la technique qui leur a valu quatre beaux succès dans des cas de gros foie amibien, ils eussent sans doute évité le développement de ce vaste abcès et l'intervention chirurgicale.

Une autre cause d'échec facilement explicable est l'existence à côté de l'amibiase hépatique de lésions viscérales graves et vraisemblablement susceptibles par elles-mêmes d'entraîner la mort. On trouve ce motif d'insuccès, joint d'ailleurs à une technique discutable de la médication émétinienne chez les malades de Bertrand (5) et de Levêque (27).

Le malade de Bertrand, vieux dysentérique, était atteint d'une hépatite suppurée coexistant avec une poussée intestinale aiguë. Pendant cinq jours il reçoit 0 gr. 02 d'émétine

qui produisent une amélioration rapide de l'état général et une baisse de fièvre, mais le foie reste gros, douloureux et, trois jours après la cessation de l'émétine, la ponction exploratrice ramène du pus chocolat, ce qui motive une intervention chirurgicale immédiate (ouverture transpleurale de l'abcès). Elle est suivie au bout de deux jours d'une vomique chocolat, ce qui fait accuser l'émétine de faillite par l'auteur. Il pratique alors plusieurs cures d'émétine, la première de cinq injections de 0 gr. 04, la seconde, cinq jours après, de trois injections de 0 gr. 02, sans modification appréciable dans l'abondance de l'expectoration, puis une troisième de six injections de 0 gr. 04 et de quatre injections de 0 gr. 08 qui amènent une diminution de la suppuration, enfin, quatre jours après, une série de cinq injections de 0 gr. 06, en totalité 1 gr. 12, ce qui n'empêche pas la suppuration de se reproduire, l'état général de s'aggraver et la fièvre de se rallumer pour aboutir bientôt à la mort. L'autopsie montre un abcès hépatique aplati du volume d'une mandarine communiquant avec les bronches et d'autre part un cœur dégénéré, dilaté, de couleur feuille morte.

Ainsi, malgré plusieurs cures successives, l'issue fatale n'a pu être évitée. Cependant il faut remarquer déjà qu'au début tout au moins les cinq doses de 0 gr. 02 employées ont été trop minimes et pourtant elles étaient arrivées à améliorer considérablement l'état général. Mais la myocardite manifeste révélée par l'autopsie n'a certainement pas été étrangère à la mort, car on s'expliquerait mal la terminaison fatale avec un abcès de volume si réduit.

La mort survint chez le malade de Lévêque (27) malgré une cure d'émétine renouvelée à trois reprises différentes à quelques jours d'intervalle; mais il faut ajouter que les doses injectées n'ont pas dépassé 0 gr. 04, certaines mêmes n'ont été que de 0 gr. 02, donc manifestement insuffisantes. D'autre part, l'état général était fort mauvais et l'autopsie montra qu'il existait, en dehors d'un gros abcès du foie, de la cirrhose hépatique et une sclérose rénale avancée, condition qui aggravait encore un pronostic déjà très sombre et qui innocentait dans une certaine mesure le traitement émétinien de cet insuccès.

D'une interprétation plus difficile est le second cas défavorable de Cros et de Teyssier (12) et il paraît bien s'agir là d'un échec absolu véritable de la médication émétinienne.

Chez un paludéen apparaissent des signes d'abcès du foie sans qu'il y eût d'antécédents dysentériques nets. On injecte de l'émétine, 0 gr. 06 pendant quatre jours. La fièvre tombe dès la première injection, mais le foie ne diminue pas non plus que la douleur. Une diarrhée profuse, paradoxale s'installe. On n'y trouve pas d'amibes, mais elle est très améliorée par le sérum antidysentérique, si bien qu'on pense à de la dysentérie bacillaire accompagnée d'une grosse congestion du foie. Environ deux semaines après, le foie restant gros, douloureux et la fièvre remontant, on fait une ponction qui donne issue à 300 grammes de pus. On injecte 0 gr. 12 d'émétine dans la poche, puis 0 gr. 04 sous la peau pendant quatre jours, ensuite 0 gr. 08 pendant trois jours.

Une seconde ponction ramène alors 900 grammes de pus. On fait 0 gr. 12 d'émétine dans la poche et on continue pendant trois jours l'injection sous-cutanée à la dose de 0 gr. 04. L'état général reste assez précaire, une phlébite double s'est déclarée entre temps, il existe encore de la fièvre. Aussi pratique-t-on l'incision de l'abcès qui est suivie de guérison.

Il semble bien s'agir cette fois d'un véritable insuccès de l'émétine ; les doses injectées paraissent suffisantes, tout au plus pourrait-on objecter la mise en œuvre tardive de la médication, conséquence d'un diagnostic hésitant. Bien que le malade ait eu, semble-t-il, une dysenterie bacillaire greffée sur l'amibienne, il est peu admissible qu'il se soit agi dans ce cas d'un abcès infecté secondairement à la faveur de ce nouveau processus infectieux et par suite rebelle à l'émétine. La médication n'a réussi ni à enrayer l'évolution de l'abcès ni à empêcher l'apparition de la complication phlébitique, c'est là une défaillance dont aucune thérapeutique n'est exempte. On ne peut demander à un médicament si actif soit-il, de se montrer toujours égal à lui-même dans toutes les circonstances où on est appelé à l'employer. Il n'en reste pas moins vrai que ces échecs absolus inexplicables de l'émétine sont de grandes raretés avec lesquelles la pratique aura peu à compter.

VII

RÉSULTATS GÉNÉRAUX
POSOLOGIE DE LA CURE D'ÉMÉTINE
CONDUITE ET CHOIX DU TRAITEMENT

Qu'il s'agisse de suppurations hépatiques fermées ou d'abcès fistulisés, les faits que nous venons d'analyser confirment l'efficacité de la cure d'émétine, sa fidélité et sa rapidité d'action habituelles, propriétés remarquables qui sont fonction de l'action spécifique de l'alcaloïde sur l'amibe dysentérique, mise en évidence par les expériences de Vedder (39) et confirmée par les résultats thérapeutiques obtenus ainsi que par certaines constatations cliniques précises, telles que celles de Rogers (34) qui, chez un dysentérique atteint d'abcès du foie multiples infectés secondairement et mort deux jours après le début du traitement par l'émétine en injections hypodermiques, vit que les amibes avaient totalement disparu des abcès aussi bien que de l'intestin ; les coupes histologiques n'en montraient plus trace.

Lorsque la guérison de la suppuration hépatique fermée ou spontanément ouverte doit suivre le trai-

tement émétinien, l'organisme tout entier et le foie parasité répondent très vite et très clairement à l'action spécifique de l'alcaloïde. Les faits prennent une netteté saisissante surtout lorsqu'aucune évacuation de pus n'a eu lieu au compte de laquelle on puisse mettre les modifications survenues qui sont de deux ordres, locales et générales.

Les premières se traduisent d'abord par la diminution de la douleur, d'habitude manifeste en moins de quarante-huit heures. Bientôt se produit aussi une transformation du pus de l'abcès qui a frappé la plupart des observateurs, entre autres Chauffard (7), Dopter et Pauron (18), Le Roy des Barres (26) et qui a été notée également dans l'observation que nous avons rapportée. Alors que la première ponction exploratrice faite avant le début de la cure d'émétine ramenait un pus rougeâtre, chocolat, épais, comme il est de règle dans les abcès hépatiques amibiens récents, la ponction suivante, quinze jours après la précédente, donnait issue à un liquide assez fluide, de couleur gris-jaunâtre, café au lait peu coloré. Sur un abcès incisé, le professeur Chauffard (7) a pu constater que dès la première injection d'émétine, le pus perdait son caractère hémorragique. Lorsqu'il s'agit d'abcès fistulisés, on assiste très rapidement à une diminution, puis au tarissement complet de la sécrétion purulente et Chauffard (8) a vu qu'à ce moment l'image radioscopique du foie redevenait rapidement homogène, en particulier on n'observe pas de cavité pyo-gazeuse intra-hépatique analogue

à celle qu'on trouve à la suite des interventions opératoires dans les kystes hydatiques du foie. Plus lentement, les signes physiques et radioscopiques diminuent peu à peu d'importance et finalement disparaissent.

Les modifications générales se manifestent d'abord par l'abaissement de la température qui comme la sédation de la douleur apparaît d'ordinaire avant la fin du deuxième jour suivant le début du traitement, fait important pratiquement, car, dans les cas très graves où les indications d'une intervention chirurgicale paraîtraient se poser, il permet de faire une tentative de traitement émétinien sans compromettre les chances de réussite de l'intervention au cas d'échec de l'alcaloïde. Bientôt survient l'amélioration de l'état général qu'accuse le malade lui-même, puis c'est la reprise des forces perdues accompagnée d'une augmentation de poids remarquablement rapide et frappante, atteignant 4 kilos par semaine chez le malade de Leuret et Secousse (25). Le premier malade de Chauffard (6) gagne 6 kilos, celui de Novaes (31) 12 kilos, le nôtre 12 kilos en moins de quatre mois. Souvent, l'impression a été celle d'une véritable résurrection. Parallèlement, des modifications sanguines se produisent ; la leucocytose diminue, la polynucléose neutrophile disparaît.

Telles sont dans les cas heureux les profondes transformations, aussi rapides que probantes, qui se passent dans l'organisme sous l'influence de l'émétine. Mais, pour obtenir le meilleur rendement de

cette médication, différentes règles doivent être suivies, leur méconnaissance pouvant expliquer certains échecs.

Lorsqu'on parcourt les travaux parus sur le sujet, on constate vite que les doses et le mode d'administration de l'émétine ont été très variables dans le traitement des abcès du foie.

A la suite des travaux de Rogers (34), qui injectait une ou deux fois par jour 0 gr. 03 de chlorhydrate d'émétine, la plupart des médecins adoptèrent une posologie voisine : ainsi le professeur Chauffard (6, 8, etc.), Dopter (14, 15), Novaes (31), Cros et de Teyssier (12), Escomel (20), Leuret et Secousse (25) injectent 0 gr. 04 par jour. Dopter (17), Cros et de Teyssier dans quelques cas ont employé 0 gr. 08. C'est cette dose que préconisent Armand-Delille, Paisseau et Lemaire (1). Des doses supérieures (0 gr. 12, 0 gr. 15), telles que celles qu'on utilise parfois dans l'amibiase intestinale, n'ont jamais été employées en matière d'hépatite. Elles paraissent inutiles et ne sont pas sans inconvénients. Par contre, quelques médecins comme Levêque (27), Bertrand (5) ont abaissé la dose jusqu'à 0 gr. 02, exemple à ne pas suivre, car ils ont observé justement des échecs où l'on peut incriminer la faiblesse de la quantité d'émétine employée.

Nous avons vu les bons résultats obtenus dans notre cas avec la dose de 0 gr. 04. C'est cette dose, ou peut-être mieux encore, celle de 0 gr. 06 par jour que nous pensons la meilleure. Nous croyons que

celle de 0 gr. 08, bien que pouvant être employée, est superflue dans la majorité des cas et qu'il faut la réserver aux cas rebelles, aux améliorations trop lentes.

La durée de la cure d'émétine a varié beaucoup depuis le début de son application à l'hépatite amibienne, au début on se contentait habituellement d'une unique série d'injections : ainsi Rogers institua une cure de huit à dix jours consécutifs, Chauffard (6, 7) obtient des succès avec une série de six injections, Dopter (14) avec huit injections consécutives. Puis, sous l'influence des idées directrices du traitement de l'amibiase intestinale, de la notion de la persistance des parasites sous la forme enkystée où ils ne sont guère accessibles à l'émétine et sous l'influence de quelques rechutes, observées d'ailleurs souvent après une série trop courte d'injections, cinq seulement dans le cas de Tuffier (37), la plupart des cliniciens adoptèrent le principe des séries d'injections séparées par des intervalles de repos plus ou moins prolongé, tandis que de rares médecins prescrivent encore une cure unique, mais prolongée, ainsi fait par exemple Escomel (20) qui institue une série ininterrompue de trente injections, plaçant cependant dix jours de repos après la vingtième. Une telle pratique nous semble inférieure à celle des séries convenablement espacées qui évitent l'intoxication accumulative. Cross et de Teyssier (12) font une injection de 0 gr. 04, quatre ou six jours de suite, laissent un repos de deux à trois jours et pra-

tiquent plusieurs séries semblables. Tout récemment Cros et de Teyssier ont adopté une nouvelle règle de conduite du traitement : ils injectent 0 gr. 04, d'émétine par jour et font trois séries de six à sept jours avec repos intercalaire de sept à dix jours. Ils ont compris en effet qu'il fallait, non seulement enrayer les phénomènes hépatiques actuels, mais essayer de stériliser » le malade au point de vue amibiase. Armand-Delille, Paisseau et Lemaire (1) conseillent une série de dix jours de traitement au moins, de quinze jours au plus, à raison de 0 gr. 08 par jour en deux injections. Une nouvelle série est pratiquée après une période de repos égale à la durée du traitement, même en cas de guérison complète en apparence. Enfin, en raison de la possibilité des rechutes, la stérilisation complète ne pouvant être obtenue que par une thérapeutique prolongée et discontinue, on pratique pendant trois ou quatre mois encore une série de dix injections quotidiennes, la dose pouvant être alors réduite à 0 gr. 04-0 gr. 06, par jour. C'est une technique très voisine qui a été employée dans notre cas ; sept séries de cinq injections consécutives à la dose de 0 gr. 04 par jour, en tout 1 gramme 40 en trois mois, avec repos intermédiaire de cinq jours ont donné un résultat qui a été définitif. Cette méthode ou celle d'Armand-Delille, en réduisant la dose à 0 gr. 06 et la série à dix injections, nous paraît devoir être recommandée : suffisamment active et stérilisante, elle met à l'abri des accidents d'intoxication dont on n'a pas semblé tou-

jours assez se préoccuper et qu'ont récemment étudiés Dalimier (13) et Giuglielminetti (23). Ce dernier auteur a particulièrement bien mis en valeur la toxicité accumulative de l'émétine, importante à connaître pour la posologie des cures en série. Il a rapporté des cas mortels chez l'homme après injection de 1 gr. 74 en dix-neufs jours (Lévy et Bowntree), de 1 gr. 62 en quarante-quatre jours, de 1 gr. 52 en trente-cinq jours (Johnson et Murphy). S'appuyant à la fois sur la clinique et l'expérimentation, Giuglielminetti conseille de ne pas injecter 0 gr. 15 quotidiennement pendant plus de cinq à six jours consécutifs, ni 0 gr. 10 pendant plus de huit à dix jours, ni 0 gr. 05 pendant plus de quinze à vingt jours. Il recommande de longs intervalles entre les séries pour permettre les éliminations de l'alcaloïde.

Il est bon de connaître les premiers signes révélateurs de l'intoxication pour pouvoir arrêter immédiatement la cure : ce sont des troubles moteurs légers, asthénie musculaire, faiblesse dans les extrémités, des troubles de la sensibilité, névralgies ou analgésie plus ou moins étendue, de la diminution des réflexes cutanés, cornéens, tendineux et osseux associés à la tachycardie, à de l'hypotension artérielle, tous symptômes qu'il faut bien se garder de mettre sur le compte de l'amibiase elle-même. Puis, à un degré plus avancé, on note des parésies surtout au niveau des muscles du cou et du pharynx, une accélération considérable du pouls (110 à 130 pulsations à la minute), parfois de l'hypothermie, des

tremblements et des symptômes graves de névrite périphérique. D'après Dalimier (13), dès qu'on arrive à la dose totale de 1 gramme il faut étudier avec soin les réactions du malade, spécialement l'état des réflexes rotuliens et cornéens ainsi que la tension artérielle. La technique de cure que nous préconisons, à des doses modérées, séparées par des intervalles de repos permettant l'élémination, donne toute garantie contre l'intoxication émétinienne qui au reste n'a encore été signalée qu'au cours du traitement de l'amibiase intestinale.

La voie d'administration intra-veineuse n'a pas été, à notre connaissance, essayée dans le traitement de l'hépatite suppurée où Cros et de Teyssier l'avaient envisagée en raison de la douleur consécutive aux injections. Employée par Baermann et Heinemann (23) dans la dysenterie à des doses très élevées, 0 gr. 20 et même 0 gr. 40 (1) en une fois ; elle doit être rejetée car elle expose à des accidents cardiaques, et n'a pas d'avantages, l'émétine se retrouvant aussi bien dans l'intestin (par la réaction de Valenti) si l'injection est sous-cutanée ; il est probable qu'il en est de même dans l'abcès du foie. Quant à la douleur provoquée par l'injection sous-cutanée, elle est en général insignifiante si l'émétine employée est bien pure et de bonne marque.

Comme traitement adjuvant à l'exemple de Rogers,

1. Avec cette dose, Baermann et Heinemann eurent un cas mortel quinze jours après, peut-être attribuable à la toxicité différée de l'émétine que Giuglielminetti a démontrée chez le chien.

certains cliniciens comme le professeur Chauffard (7), Dopter (15, 17), Cros et de Teyssier (12), Spick (cité par Lafille, 24) ont joint à la méthode hypodermique, l'injection d'émétine dans la poche hépatique. Rogers après ponction évacuatrice y introduit 0 gr.05 de chlorhydrate d'émétine dissout dans 30 centimètres cubes d'eau, Chauffard (7) après incision injecte 0 gr. 08 dissous dans 40 centimètres cubes d'eau, Cros et de Teyssier, Spick emploient 0 gr. 12, solubilisés dans le sérum physiologique. Cette opération ne paraît pas du tout indispensable et de nombreux abcès ont guéri sans elle.

En possession de ces données, il ne nous reste plus qu'à établir les indications générales du traitement émétinien.

En présence de tout malade atteint d'abcès amibien formé, nous croyons avec Armand-Delille, Paisseau et Lemaire ainsi qu'avec Cros et de Teyssier qu'on est autorisé à essayer d'abord la cure hypodermique d'émétine à l'exclusion de tout autre méthode thérapeutique, puisque les résultats obtenus dans les cas favorables sont aussi rapides que probants ; ces deux qualités permettent dans les cas graves où les indications d'une intervention chirurgicale immédiate paraîtraient se poser de se faire très vite une opinion sur l'opportunité du traitement par l'émétine sans compromettre les chances de réussite de l'intervention chirurgicale. Il faudrait vraiment un état général extrêmement compromis, ne permettant pas le moindre tâtonnement dans le traitement, pour

renoncer d'emblée au succès éventuel d'un traitement médical. Dans les cas graves, il est donc indiqué de faire trois injections consécutives d'épreuve de 0 gr. 06 ou mieux de 0 gr. 08.

Si dans les quarante-huit ou les soixante heures qui suivent la première injection on n'a obtenu ni la sédation de la douleur hépatique ni un abaissement de température, il faut se garder de persister et pratiquer la ponction évacuatrice ou même, si la gravité de l'état général le comporte, passer d'emblée la main au chirurgien sans perdre de temps.

Ces cas doivent d'ailleurs être l'infime exception. La plupart du temps et dans les cas moyens on pratiquera la cure telle que nous l'avons précisée. Si ce traitement doit suffire, au bout d'une à deux semaines on est fixé : douleur et volume du foie, courbe thermique, état général indiquant nettement par leur amélioration progressive que la partie est gagnée. Mais il peut arriver que la résorption du pus ne soit obtenue que difficilement par l'émétine seule : malgré le traitement, les signes physiques et radioscopiques persistent bien que l'état général demeure bon. La ponction évacuatrice, accompagnée ou non d'injection d'émétine dans la poche, s'impose alors. De même, elle est avantageuse d'emblée dans les collections très volumineuses, d'une résorption par là même lente et difficile.

Dernière éventualité, très rare d'ailleurs, le traitement émétinien associé à la ponction, après avoir procuré une amélioration locale et générale, semble

avoir épuisé son effet : le pus se renouvelle sans modification de qualité ni de quantité, la douleur, l'hypertrophie du foie ne régressent plus, bref, l'ensemble de symptômes montre l'insuffisance de la ou des premières ponctions et de l'émétine. Il importe alors de ne pas s'éterniser dans la méthode médicale et d'en venir à l'incision et au drainage. Il en est de même lorsqu'on ne retrouve pas à une deuxième ponction la poche abcédée que les symptômes commandent d'évacuer.

Nous mentionnerons enfin les contre-indications absolues du traitement médical déjà étudiées au chapitre précédent : l'infection secondaire de l'abcès, facilement décelable par l'analyse bactériologique du pus et qui implique l'incision et le drainage immédiats, enfin la présence d'un abcès mort transformé en abcès bilieux que la ponction seule peut arriver à guérir.

CONCLUSIONS

I. — L'émétine employée en injections sous-cutanées dans un grand nombre d'abcès hépatiques amibiens fermés, uniques ou multiples, est capable de déterminer non seulement l'arrêt du processus suppuratif, mais encore d'amener la résorption complète du pus et par suite la guérison totale. Dans les collections très volumineuses et dans certains abcès où la persistance des signes physiques indique peu de tendance à la résorption, il peut devenir nécessaire d'adjoindre à l'émétine la ponction évacuatrice. L'association de ces deux méthodes permet dans la presque totalité des cas d'éviter au malade l'incision et le drainage.

II. — Chez les malades atteints d'abcès ouverts spontanément et fistulisés, le traitement par l'émétine seule est presque toujours couronné de succès alors que la chirurgie y reste généralement impuissante.

III. — Pour obtenir la guérison, la cure hypodermique d'émétine doit être méthodiquement conduite. La dose quotidienne de o gr. o6 de chlorhydrate

d'émétine dans les cas moyens, de o gr. o8 dans les cas graves et urgents paraît la meilleure. Ce traitement dans les cas heureux doit être continué pendant huit à dix jours. Une nouvelle série sera pratiquée après une période de repos égale à la durée du traitement, même en cas de guérison complète apparente. Enfin, en raison de la possibilité des rechutes, on fera pendant chacun des trois mois suivants une série de huit à dix injections consécutives, la dose étant réduite à o gr. o4.

Si on est amené à pratiquer une ponction évacuatrice, on pourra avec avantage injecter dans la poche o gr. o8 de chlorydrate d'émétine dissous dans de l'eau physiologique.

IV. — La cure d'émétine est vouée à l'échec, donc contre-indiquée :

1° Dans les cas d'infection secondaire de l'abcès, d'où nécessité d'étudier bactériologiquement le pus de la ponction exploratrice pour dépister les associations microbiennes.

Cette catégorie d'abcès du foie nécessite l'incision et le drainage immédiats ;

2° Dans le cas de mort de l'abcès avec transformation en abcès bilieux, où la ponction suffit généralement à assurer la guérison.

En dehors de ces cas, l'intervention chirurgicale ne trouve ses indications que :

1° Dans les cas très graves, lorsque le malade ne réagit pas à la cure émétinienne d'essai (3 injections

de 0 gr. 08) par la sédation de la douleur et l'abaissement de température dans les quarante-huit à soixante heures qui suivent la première injection.

2° Dans les cas de moyenne gravité, lorsqu'il y a persistance des signes physiques, malgré la ou les ponctions évacuatrices, ou lorsque la ponction, indiquée, est ou devient impossible.

Vu : le Président de la thèse
CHAUFFARD

Vu : le Doyen
ROGER

Vu et permis d'imprimer
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
L. POINCARÉ

BIBLIOGRAPHIE

1. Armand-Delille (P.) Paisseau (G.) et Lemaire (H.). — Le traitement des abcès du foie par l'émétine (*Bull. Soc. méd. des Hôp.*, 1917, XLI, 15 juin, p. 777).
2. Aspres (d'). — Abcès du foie et chlorhydrate d'émétine (*Assoc. franç. de chir.*, XXVI Congrès, Paris, 1913, 6 octobre).
3. Augé et Brocq. — Hépatite aiguë et abcès du foie d'origine amibienne guéris par l'émétine sans intervention chirurgicale (*Réun. méd. chir. de la Ve armée*, 9 décembre 1916. *Presse méd.*, 1917, n° 5, p. 52).
4. Baur (J.) et Plisson (L.). — Grand abcès du foie dysentérique traité par la ponction évacuatrice et les injections d'émétine (*Bull. Soc. méd. des Hôp.*, 1913, XXXVI, 7 novembre, p. 478).
5. Bertrand (L.). — Sur diverses applications thérapeutiques de l'émétine (*Bull. Acad. méd.* 1914, LXXI, 14 avril, p. 548).
6. Chauffard (A.). — Abcès du foie ouvert dans les bronches, guérison rapide par l'émétine (*Bull. Acad. méd.*, 1913, LXIX, 25 février, p. 122).
7. — Abcès dysentérique du foie traité par l'intervention chirurgicale et l'émétine (*Bull. Soc. méd. des Hôp.*, 1913, XXXV, 14 mars, p. 630).
8. — Guérison d'un cas de dysenterie amibienne par le chlorhydrate d'émétine (*Bull. Soc. méd. des Hôp.* 1913, XXXV, 11 avril, p. 753).
9. — Abcès dysentérique du foie avec vomiques suc-

cessives ; traitement par la ponction évacuatrice et l'émétine (*Bull. Soc. méd. des Hôp.* 1913, XXXV. 16 mai. p. 1.017).

10. Carnot (P.) et Turquéty (R.). — Les maladies d'importation exotique depuis la guerre (*Paris méd.* 1917, n° 48, p. 437).

11. Costa (S.). — Abcès amibiens du foie partiellement ouverts dans les bronches et l'intestin. Guérison par les ponctions et les injections d'émétine (*Bull. Soc. méd. des Hôp.* 1913, XXXV, 11 avril, p. 746).

12. Cros et de Teyssier. — L'émétine dans l'amibiase hépatique (*Arch. de méd. et Pharm. milit.* 1917, LXVIII, n° 4, octobre, p. 531).

13. Dalimier (R.). — La toxicité du chlorhydrate d'émétine (*Presse méd.* 1917, n° 4, p. 33. Bibliographie).

14. Dopter (C.). — Action de l'émétine dans le traitement de l'amibiase, dysenterie, et abcès du foie (*Bull. Soc. méd. des Hôp.* 1913, XXXV, 4 avril).

15. — Le chlorhydrate d'émétine dans le traitement de l'amibiase (*Bull. Acad. méd.*, 1913, LXX, 18 novembre, p. 442).

16. — Amibiase et émétine (*Bull. Soc. Path. exotique*, 1914, VII, n° 2, p. 142).

17. — Action de l'émétine dans les abcès amibiens du foie (*Paris méd.* 1916, n° 10, p. 243).

18. — Dopter (C.) et Pauron. — Contribution à l'étude de l'action de l'émétine dans le traitement des abcès dysentériques du foie (*Bull. Soc. méd. des Hôp.* 1913, XXXVI, 28 novembre, p. 683).

19. Dumas (R.). — Dysenteries traitées par l'émétine à Saïgon en 1913 (*Bull. Soc. Path. exotique*, 1914, VII, mai, p. 405).

20. Escomel (E.). — A propos du meilleur traitement des amibiases intestinale et hépatique (*Bull. Soc. Path. exot.* 1917, X, n° 1, p. 23).

21. Flandin (C.). et Dumas (R.). — Gros abcès dysentérique du foie ouvert dans les bronches ; guérison par

le traitement chirurgical et les injections d'émétine (*Bull. Soc. méd. des Hôp.*, 1913, XXXV, 7 mars, p. 599).

22. Gaide (L.) et Mouzels (P.). — Note sur le traitement des abcès du foie par l'émétine (*Bull. Soc. Path. exotique* 1913, VI, n° 10, p. 716).

23. Guglielminetti (J.). — La toxicité du chlorhydrate d'émétine (*Presse méd.* 1918, n° 5, p. 43 (Bibliographie).

24. Lafille. — Sur le traitement des abcès dysentériques du foie par l'émétine (*Réun. méd. chir. de la Ve armée*, 1916, 9 décembre *Presse méd.*, 1917, n° 5, p. 52).

25. Leuret et Secousse. — Abcès du foie d'origine dysentérique traité chirurgicalement; récidive; guérison par l'émétine (*Soc. de Méd. et de Chir. de Bordeaux*, 1914, 27 mars).

26. Leroy des Barres. — Amibiase intestinale et abcès du foie (*Soc de Chir.*, 1913, 12 novembre).

27. Lévêque. — *Soc. de Méd. milit.*, 1914, 22 janvier.

28. Marquis. — Sur les abcès amibiens du foie (*Réun. méd. chir. de la Ve armée*, 1916, 9 déc. *Presse méd.* 1917, n° 52).

29. Magendie et Pelletier. — *Journ. univers.*, 1816, IV, p. 322.

30. Mauclaire (P.) et Labbé (M.). — Abcès du foie guéri très rapidement par l'incision et les injections sous-cutanées d'émétine (*Soc. de Chir.* 1913, 24 décembre).

31. Novaes (J.). — De la guérison de l'abcès tropical du foie par l'émétime (*Bull. Soc. méd. des Hôp.* 1915, XXXIX, 16 avril, p. 270).

32. Pauchet (V.). — Guérison d'une dysenterie chronique avec abcès du foie par l'émétine (*Soc. méd. de Picardie*, 1913, 7 mai).

33. Rivet (L.). — Les nouvelles méthodes de diagnostic et de traitement des abcès du foie (*Bull. gén. de Thérap.* 1913, 23 décembre).

34. Rogers (L.). — The rapid and radical cure of amœbic dysentery and hepatitis by the hypodermic injections of soluble salts of emetine (*Thérapeutic Gaz.* 1912, 15 décembre, p. 837 et *British med. Journ.* 1912, 12 juin, n° 2686, p. 1424).

35. Rouget. — Abcès amibien du foie traité par la ponction évacuatrice et les injections sous-cutanées d'émétine, guérison (*Bull. Soc. méd. des Hôp.* 1913, XXXV, 18 avril, p. 809).

36. Roux (G.) et Tribondeau (L.). — Action de l'émétine dans quelques formes spéciales d'amibisme (*Bull. Soc. Path. exotique*, 1913, VI, n° 6, p. 424).

37. Tuffier (T.). — Abcès du foie traité par l'émétine (*Soc. Chir.* 1913, 19 novembre).

38. Valence. — Abcès du foie traité par l'émétine (*Bull. Soc. méd. des Hôp.* 1913, XXXVI, 25 juillet, p. 276).

39. Vedder (E.-B.). — An experimental study of the action of ipecacuanha on Amabœ (*Far East. Assoc. trop. méd. Transact.* 2e Congrès. Hong-Kong, 1912).

40. Ravaut (P.). — Syphilis, amibiase, Paludisme. Masson, Coll. Horizon, Paris, 1918.

41. Allain (J.). — Emploi de l'émétine dans les amibiases (*Bull. Path. exot.*, 1913, VI, n° 10, p. 723).

41. Cros et de Teyssier. — L'emétine dans l'amibiase hépatique (note complémentaire) (Arch. de Méd. et de Pharm. milit. 1918, LXX, n° 1, p. 34).

Imp. de la Faculté de Médecine, 15, rue Racine. Paris — 3992-19